

**PARA EL CLIENTE.** Por favor, complete el siguiente cuestionario. Su participación en esta encuesta es voluntaria. Sus respuestas serán confidenciales y nos ayudarán a saber qué tan útil es para usted la información que damos sobre el método “ABCD” para prevenir el VIH. Si usted decide no contestar una pregunta, por favor marque la casilla al final del cuestionario. **Si hoy fue la primera vez que usted recibió información sobre el método “ABCD” para prevenir el VIH, responda a las preguntas 1 y 2. Si antes del día de hoy usted recibió información sobre el método “ABCD” para prevenir el VIH, responda únicamente a las preguntas 3 y 4.**

1. ¿Entiende usted el método “ABCD” para evitar contraer el VIH? Por favor díganos si usted entiende sobre:

- |                                  |                             |                             |   |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|
| Abstinencia sexual (A)           | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) |
| Fidelidad sexual (B)             | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) |
| Uso del condón (C)               | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) |
| No compartir agujas/jeringas (D) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) |

2. ¿Está usted planeando hacer una o más de las siguientes cosas? (por favor marque sólo una casilla por línea):

- |   |                             |                             |   |
|---|-----------------------------|-----------------------------|---|
| Abstenerme de relaciones sexuales, vaginales, anales y orales | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) |
| Serle fiel a mi pareja  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) |
| Usar condones correctamente cuando tengo relaciones sexuales  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) |
| No compartir agujas/jeringas                                  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) |

**-----Pare Aquí Si Respondió Las Preguntas 1 y 2.-----**

Si antes del día de hoy usted recibió información sobre el método “ABCD” para evitar contraer el VIH, por favor conteste las dos preguntas siguientes:

3. Desde su última visita, ¿ha intentado usted hacer alguna de las siguientes cosas? (por favor marque sólo una casilla por cada frase):

- |   |                             |                             |                                       |
|---|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| Abstenerme de relaciones sexuales, vaginales, anales y orales | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No me aplica |
| Serle fiel a mi pareja  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No me aplica |
| Usar condones correctamente cuando tengo relaciones sexuales  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No me aplica |
| No compartir agujas/jeringas                                  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No me aplica |

4. Si usted intentó hacer una o más de las cosas mencionadas en la pregunta #3 y cree que no tuvo éxito, por favor díganos el motivo o motivos (por favor, marque todas las casillas que sean aplicables a su respuesta):

**Abstinencia Sexual (A)**

- La abstinencia sexual no es para mí
- Me casé/entré en una nueva relación
- No estoy seguro(a) como la abstinencia puede protegerme
- Me siento presionado(a) a tener relaciones sexuales

**Usar Condones (C)**

- Los condones no me gustan/no son para mí
- Estoy tratando de/no me importaría salir embarazada
- No estoy seguro(a) como usar condones puede protegerme
- No uso condones por motivos religiosos/culturales

**Ser Fiel a Mi Pareja (B)**

- Me es muy difícil serle fiel a mi pareja
- No estoy casado(a)/comprometido(a) con nadie
- No estoy seguro(a) como ser fiel puede protegerme
- Yo estoy de acuerdo en tener mas de una pareja

**No Compartir Agujas/Jeringas (D)**

- Es difícil tener agujas/jeringas limpias todo el tiempo
- No sé dónde conseguir agujas/jeringas limpias
- No estoy seguro(a) como no compartir agujas me protege
- A veces se me acaban o no tengo agujas/jeringas limpias

**Otras Razones**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Se me olvidó el método ABCD                | <input type="checkbox"/> El método ABCD es difícil de practicar cuando tomo alcohol/uso drogas |
| <input type="checkbox"/> Fui forzado(a) a tener relaciones sexuales | <input type="checkbox"/> ¿Alguna otra razón? (Indique aquí): _____                             |

Prefiero no participar en esta encuesta